

УДК 616.664.17

*Каландаров Мадамин*

*Кафедра инфекционных болезней*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКУ КИШЕЧНОГО ТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Резюме:** Кишечный токсикоз - один из наиболее частых вариантов токсикоза, развивающегося у детей раннего возраста (особенно 1-го года жизни) при острых кишечных инфекциях. Он возникает как результат первичного ответа на инфекционный агент и вследствие значительных потерь воды и электролитов с рвотой и жидким стулом. Эти потери усугубляют нарушения периферического кровообращения и приводят к прогрессирующим неврологическим расстройствам.

Большое значение для развития кишечного токсикоза имеют врожденные заболевания обмена веществ, наследственный и приобретенный иммунодефицит и связанная с ним сенсibilизация в результате повторных инфекционных заболеваний, хронические расстройства питания, дефекты вскармливания.

**Ключевые слова:** ранний детский возраст, кишечный токсикоз.

*Kalandarov Madam*

*Department of Infectious Diseases*

*Andijan State Medical Institute*

## **MODERN VIEWS ON THE TREATMENT AND PREVENTION OF INTESTINAL TOXICOSIS IN YOUNG CHILDREN**

**Resume:** Intestinal toxicosis is one of the most frequent variants of toxicosis developing in young children (especially the 1st year of life) with acute intestinal infections. It occurs as a result of the primary response to an infectious agent and due to significant losses of water and electrolytes with vomiting and loose stools. These losses aggravate peripheral circulatory disorders and lead to

progressive neurological disorders.

Of great importance for the development of intestinal toxicosis are congenital metabolic diseases, hereditary and acquired immunodeficiency and related sensitization as a result of repeated infectious diseases, chronic eating disorders, feeding defects.

**Key words:** early childhood, intestinal toxicosis.

**Введение.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с ЮНИСЕФ была разработана стратегия [4,6]. Данная стратегия сочетает улучшенное введение болезней детского возраста с аспектами питания, иммунизации и некоторыми другими важными факторами, оказывающими влияние на здоровье ребенка, включая здоровье матери. [2,7] Диарея (кишечные токсикозы) тяжелые нарушения питания до настоящего времени обуславливают высокий процент летальности у детей до 5 лет [1,5]. Проведенный в 1996 году анализ глобального бремени заболеваний указывают на то, что перечисленные заболевания будут продолжать оставаться основными причинами детской смертности до 2020 года, если для борьбы с ними не будут предприняты гораздо более значительные усилия. [3,8]

**Цель исследования.** Как показывает опыт, в общепринятые методики' диагностики и лечения кишечных токсикозов у детей (при применении их в условиях жаркого климата) необходимо внесение некоторых уточнений, касающихся в первую очередь особенностей регидратационной терапии, а также ряда организационных моментов. Последние особенно важны, так как сочетание жаркого климата и заболеваемости кишечными инфекциями с некоторыми социальными факторами (высокая рождаемость, высокий удельный вес детей в возрастной структуре населения, проживание 2/3 детей в сельской местности) требуют конкретных рекомендаций как для практических врачей, так и для организаторов педиатрической службы.

**Материалы и методы исследования.** Наблюдения позволяют считать водodefицитную дегидратацию более распространенной, а в условиях жаркого климата - преобладающей.

**Результаты исследования.** Для быстрой дифференциации типа дегидратации при поступлении ребенка в стационар нами используется таблица основных симптомов, в которой на первом месте стоят температура тела и жажда. Таблица удобна и проста для запоминания (все параметры при водodefицитном типе повышены, а при соледефицитном - понижены).

Для дифференциации степени дегидратации и одновременного расчета объёма жидкости, необходимой для дегидратационной терапии, мы предлагаем таблицу, составленную по типу известной схемы Dennis (расчёты у новорожденных основаны на несколько измененных данных В.М. Балагина и соавт.). Все дети с обезвоживанием нуждаются дополнительной жидкости. Если есть у ребенка диарея: как долго? Если есть кровь в стуле. Для этого нужно осмотреть и ощутить:

общее состояние ребенка (летаргичен или без сознания), беспокоин или болезненно раздражён;

ищите естьли у ребенка запавшие глаза;

предложите ребенку жидкость - ребенок пьет плохо, пьет жадностью.

Идет процесс тяжелого обезвоживание.

В основу лечения входит употребление дополнительной жидкости (столько, сколько ребенок выпьет). Если ребенок вскармливается исключительно грудью дайте ему ОРС 5 мл/кг/час, в течении 3-4-х часов и наблюдать. Если не находится на грудном вскармливании: раствор ОРС, жидкости на основе пищевых продуктов (такие как суп, рисовый отвару кефир, биолакт, катык).

В дополнение к обычному количеству жидкости:

До 2-х лет - 50 - 100 мл после каждого жидкого стула;

2 года и старше - 100 - 200 мл после каждого жидкого стула.

Продолжать давать дополнительно жидкости до полного прекращения диареи [4,7]. Для дифференциации степени дегидратации в таблице использован только основной - потеря массы (в %) и как вспомогательный симптом диурез [1,3] (табл. 1).

Исходя из этого, нами введено правило, согласно которому участковый медицинский работник, направляя ребенка с кишечным токсикозом в стационар, обязательно указывает результат последнего взвешивания ребенка в поликлинике (до болезни) и его дату. Благодаря этому исключаются ошибки в определении степени потери массы тела, связанные с тем или иным отклонением в нарастании весовой кривой у ребенка до болезни. После определения степени дегидратации по табл.2 производится расчёт объёма жидкости, необходимого в 1 -е сутки лечения. При повышении температуры тела или температуры окружающего воздуха (что особенно важно в условиях Средней Азии) добавляется определенной объём жидкости. Если на догоспитальном этапе детям уже проводилась регидратационная терапия, то в результате этого через несколько часов симптомы дефицита воды и гипертонии плазмы (при вододефицитном варианте) могут значительно уменьшиться, что даёт основание при госпитализации ребенка расценивать дегидратацию как изотоническую.

**Вывод.** Удельный вес вододефицитного обезвоживания в общей структуре кишечных токсикозов у детей раннего возраста в условиях жаркого климата колеблется от 65 до 75% и этот тип является преобладающий.

Для достижения качественных новых результатов необходим более интегрированный подход к ведению больных детей. Программы по охране здоровье детей должны учитывать не только контроль заболевания но и состояния в целом, и благосостояние детей.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1.Анганова, Е.В. Антибиотикорезистентность условно-патогенных энтерококков, выделенных от больных острыми кишечными инфекциями / Е.В. Анганова // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). - 2012. -Т. 114,№7.-С. 98-99..

2.Бутакова, Л.В. Особенности течения кишечных инфекций, вызванных вирусно-вирусными ассоциациями, у детей / Л.В. Бутакова, В.П. Молочный, Л.И. Заварцева // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. - 2012. - № 21(21). - С. 54-55.

3.Дорошина, Е.А. Клинико-эпидемиологические особенности и вопросы терапии норовирусной инфекции у детей автореф. дис. ... к.м.н. / Е.А. Дорошина. - М., 2009. - 24 с.

4.Чихачева, Е.Н. Распространенность острых кишечных инфекций у детей Мурманской области / Е.Н. Чихачева, О.Ю. Богданова // Успехи современного естествознания. - 2011. - № 8. - С. 76-77.

5.Aggarwal, R. Role of zinc administration in prevention of childhood diarrhea and respiratory illnesses: a meta-analysis / R. Aggarwal, J. Sentz, M.A. Miller //Pediatrics.-2007.-№ 119(6).-P. 1120-1130.

6.Bovine lactoferrin inhibits influenza A virus induced programmed cell death in vitro / A. Pietrantonio [et al.] // Biometals. - 2010. - V. 23. - P. 465-475.

7.Matsushima, Y. Genome Sequence of a Novel Virus of the Species Human Adenovirus D Associated with Acute Gastroenteritis / Y. Matsushima, H. Shimizu, A. Kano // J. Genome Announcements. - 2013 January/February; 1(1).

8.Suzuki Y.A. Mammalian lactoferrin receptors: structure and function / Y.A. Suzuki, V. Lopez , B. Lonnerdal // Cell. Mol. Life. Sci. - 2005. - V.62. - P. 2560-2575.